N° 45

# DES ANOMALIES

DU DÉBUT

# DE LA PNEUMONIE GRIPPALE

CAUSES DE CES ANOMALIES

## EMPLOI DU SERUM DE MARMOREK

DANS CERTAINS CAS

# THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 27 Mai 1898**

PAR

Mlle Nedelka DIMITROVA

Née à Tirnova (Bulgarie), le 15 septembre 1873

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Ancien Hôtel de la Faculté des Sciences

M DCCC XCVIII

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON . . . . . DOYEN
HAMELIN (✻) . . . . . ASSESSEUR

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Hygiène | MM. BERTIN-SANS. |
| Id. | RAUZIER (Ch. du c.) |
| Clinique médicale | GRASSET (✻). |
| Clinique chirurgicale | TEDENAT. |
| Clinique obstétric. et gynécol. | GRYNFELTT. |
| Thérapeutique et matière médicale | HAMELIN (✻). |
| Clinique médicale | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerv. | MAIRET (✻). |
| Physique médicale | IMBERT. |
| Botanique et hist. nat. méd. | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale | FORGUE. |
| Clinique ophtalmologique | TRUC. |
| Chimie médicale et Pharmacie | VILLE. |
| Physiologie | HEDON. |
| Histologie | VIALLETON. |
| Pathologie interne | DUCAMP. |
| Anatomie | GILIS. |
| Opérations et appareils | ESTOR. |
| Microbiologie | RODET. |
| Médecine légale et toxicologie | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique | N... |
| Id. | Bosc (Ch. du c.) |

*Doyen honoraire :* M. MAIRET (✻).
*Professeurs honoraires:* MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻).

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Accouchements | MM. PUECH, agrégé. |
| Clinique ann des mal. syphil. et cutanées | BROUSSE, agrégé. |
| Clinique annexe des mal. des vieillards. | ESPAGNE, agr. lib. |
| Pathologie externe | LAPEYRE, agrégé. |

## Agrégés en exercice

| | | |
|---|---|---|
| MM. BROUSSE | MM. MOITESSIER | MM. VALLOIS |
| LECERCLE | BOSC | MOURET |
| RAUZIER | DE ROUVILLE | DELEZENNE |
| LAPEYRE | PUECH | GALAVIELLE |

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

## Examinateurs de la Thèse

| | |
|---|---|
| MM. CARRIEU, *président.* | MM. RAUZIER, *agrégé.* |
| BAUMEL, *professeur.* | GALAVIELLE, *agrégé.* |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MA SŒUR

N. DIMITROVA.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur CARRIEU

N. DIMITROVA.

# INTRODUCTION

Depuis la célèbre épidémie d'influenza de 1890, qui, partie de Russie, se propagea avec la plus grande rapidité dans toutes les directions et sévit sur l'Europe entière, où elle régna longtemps en maîtresse, la constitution médicale régnante semble avoir adopté une nouvelle manière d'être, imprégnée des allures capricieuses de la grippe.

Le germe de l'influenza plane au-dessus d'un grand nombre de maladies, auxquelles il vient communiquer un cachet particulier. Les unes sont, par cette intervention, plus ou moins déviées de leur type normal, et de multiples variétés cliniques dérivent de ces manifestations nouvelles ; dans d'autres cas, des états morbides latents sont mis en relief, grâce à l'activité propre au virus grippal, et peuvent venir masquer la nature vraie des troubles ainsi produits.

Quoi qu'il en soit, la grippe, avec son triple arsenal de manifestations thoraciques, gastro-intestinales et nerveuses, est venue bouleverser une pathologie déjà difficile, quoique simple, et jeter dans le champ de la clinique des éléments complexes que, seul, un œil exercé peut parvenir à dépister.

C'est un cas de ce genre qui est devenu l'origine du modeste travail que nous avons l'honneur de présenter, aujourd'hui, à la bienveillante appréciation de nos Maîtres.

Arrivée au terme de nos études médicales, qu'il nous soit permis de dire notre vive reconnaissance et notre profonde sympathie à tous ceux qui nous ont aidée et conseillée durant les années qui, rapides, viennent de s'écouler.

Notre gratitude va vers ceux dont l'affable accueil et les encouragements répétés nous ont permis d'aborder, avec quelque profit, un enseignement élevé dont nous avons su comprendre la portée. Grâce à leur dévouement et à leur inaltérable patience, nous avons pu retirer quelque fruit des leçons professées avec tant de valeur par les Maîtres éminents de la Faculté de médecine de Montpellier.

Nous avons toujours senti le prix de leurs conseils, que nous nous sommes efforcée de suivre de notre mieux. Eux seuls nous ont permis d'arriver au couronnement de nos études.

M. le professeur Carrieu a été pour nous un Maître plein de sollicitude. Son enseignement, attachant par ses qualités d'analyse pratique et rigoureuse, nous a préparée à aborder avec plus de confiance les difficultés sans nombre d'une profession aussi délicate que celle qui sera, désormais, la nôtre.

Qu'il reçoive ici l'expression sincère de toute notre gratitude et de notre profond attachement.

M. le docteur Magnol, ancien chef de clinique et élève de

cet excellent Maître, a droit à tous nos remercîments pour la gracieuse amabilité avec laquelle il a mis à notre disposition une intéressante observation qu'il possédait, sur le sujet que nous avons traité.

Enfin, au moment où nous allons la quitter à regret, profonde s'exhale notre reconnaissance pour l'hospitalière terre de France, patrie de tous les sentiments nobles et généreux ; le souvenir ému doit à jamais en rester gravé dans notre cœur ami.

# DES ANOMALIES

DU DÉBUT

# DE LA PNEUMONIE GRIPPALE

CAUSES DE CES ANOMALIES

## EMPLOI DU SERUM DE MARMOREK

DANS CERTAINS CAS

---

## CHAPITRE PREMIER

### HISTORIQUE

Dans le cours des trois premiers mois de l'année 1898, nous avons observé, à Montpellier, une véritable épidémie de grippe, laquelle a présenté des formes variées, et de toutes les plus fréquentes ont été, comme d'habitude, les formes thoraciques.

La pneumonie, dans ces dernières formes, a été remarquable par les anomalies qu'elle offrait dans son début et dans ses symptômes.

Ces anomalies ont été remarquées par les auteurs, même avant la découverte de l'auscultation, lorsque le diagnostic était bien plus difficile à faire et les erreurs d'autant plus faciles. Mais en fouillant parmi les symptômes décrits dans chaque épidémie, on peut presque toujours, et surtout

lorsqu'il s'agit d'épidémies graves et meurtrières, retrouver quelques signes révélateurs des complications pulmonaires.

Dès la première épidémie de grippe, celle de 1557, Valleriola signale « vers le septième ou le quatorzième jour de la maladie, une expectoration de matières très visqueuses et difficiles à détacher (1). L'ouverture des corps fit voir les poumons pleins d'une matière sanieuse. » (Cardan.)

Baillou, en 1570 et 1571, voit, au cours d'une épidémie catarrhale qui sévissait alors à Paris, des fluxions (rheumata), survenant du côté des poumons, des pleurésies qu'il qualifie de pestilentielles, et qui, dit-il, tuèrent beaucoup de malades.

En 1580, Forestus, décrit, à Delft, une affection catarrhale épidémique « généralement bénigne, mais qui si on la négligeait, se changeait en péripneumonie ».

Villis (*De febribus*, épidémie de 1657) signale chez plusieurs malades des crachements sanguinolents.

Peu, en 1675, observe à Paris une épidémie catarrhale ; il y eut une grande mortalité chez les femmes enceintes, dont beaucoup « moururent par fluxion de poitrine ».

Jacques Schenkzer nous apprend, dans les *Actes des Curieux de la nature*, qu'en janvier 1730, il survint dans le canton de Lucerne beaucoup d'affections « rhumatiques et catarrhales », et ces dernières « se changeaient bientôt en péripneumonie, si l'on n'y apportait de prompts remèdes ».

La même épidémie se répand en Italie en 1733. Crivelli la décrit : « Cette maladie, qui par elle-même n'avait rien d'essentiellement dangereux, prenait parfois un caractère aigu et pernicieux, elle se transformait alors en catarrhe suffocant, en

---

(1) Cette citation et les suivantes, d'après Ozanam, *Histoire des maladies épidémiques*. — Petit, article « Grippe » du *Dictionnaire des sciences médicales*, 1817. — Raige-Delorme, *in* Dictionnaire en trente volumes.

pleurésie, en péripneumonie, en pulmonie, en angine et en vomique ».

Dans l'épidémie de 1733, « les complications les plus dangereuses furent les affections de poitrine, et ce fut aussi celle où l'on commit le plus d'erreurs », — car il n'y avait pas de symptômes manifestes.

L'épidémie de 1742 envahit une grande partie de l'Europe; « il n'y eut qu'un petit nombre de malades chez lesquels la stagnation des humeurs pituiteuses dans les poumons occasionna des péripneumonies, ce qui arriva surtout chez les vieillards ».

En Saxe, l'épidémie fut observée par Philippe Violante, médecin de l'électeur; « elle se compliqua de pleurésie, de péripneumonie et d'angines mortelles ».

Dans l'épidémie de 1742, à Londres, d'après Backer, les symptômes de péripneumonie se montrèrent fréquemment. Il y eut des quartiers de Londres où *l'épidémie fut une véritable péripneumonie.*

L'an XI, la grippe régna à Paris et fut très répandue; d'après Mojon (1), quelquefois le catarrhe « revêtait la forme de la pneumonie, de manière qu'il était difficile de le distinguer de cette dernière ».

En 1837, la coexistence de la grippe et des pneumonies a été le fait capital qui a frappé tous les observateurs, sur lequel ils ont tous insisté, et qui, pour quelques-uns (Landau, Piorry, Gouraud), a été plus qu'une coïncidence, mais bien plutôt une double manifestation de la même influence morbide

Piédagnel (2) observe aussi que les « les pneumonies hibernales n'avaient plus leur caractère franchement inflammatoire,

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1837.

(2) *Gazette médicale de Paris*, 1837.

c'était un mélange de catarrhe pulmonaire, de pneumonie et de pleurésie ».

Vigla dit : « Quant aux pneumonies survenues dans la convalescence de la grippe, leur invasion a été insidieuse ».

Nonat (1), pour ce qui est des rapports de la pneumonie avec la grippe, dit ceci : « La première question qui s'offre à nous, c'est de savoir si la pneumonie recevait une influence directe de la constitution médicale régnante ».

A Paris, la grippe est signalée en 1851, 1858, 1860 et en 1861. Cette année-là, d'après Lancereaux (2), la pneumonie se montra fréquente. Tandis que la grippe sévissait avec une intensité peu commune, il observa, à la Pitié, une épidémie pneumonique qui fit périr un grand nombre de malades.

En 1867, Brochin, dans la *Gazette des hôpitaux*, fait remarquer la fréquence des pneumonies bâtardes, à forme adynamique ou ataxique et survenant concurremment avec la grippe. Desnos, Hérard, Moissenet, Delasiauve, Depaul, Moutard-Martin, en ont rapporté des exemples.

En 1874, Bonnemaison (3) observe, à Toulouse, une épidémie de pneumonie maligne, généralement précédée des symptômes de la grippe.

De très remarquables épidémies de grippe et de pneumonie se trouvent également décrites dans un travail de M. Alison sur l'étiologie de la pneumonie et paru dans les *Archives de médecine* de 1883.

Nous n'insisterons pas sur les épidémies parisiennes de ces dernières années. Mentionnons pourtant encore celle de 1875, où les pneumonies ont été fréquentes, et ont inspiré deux leçons cliniques à M. Bucquoy.

---

(1) *Archiv. gén. de méd.*, 1837.

(2) *Archiv. gén. de méd.*, septembre 1886.

(3) *Union médicale*, 1875.

Menetrier, dans sa thèse de 1886, dit: « Avant la découverte de l'auscultation, et manquant de procédés exacts pour reconnaître les altérations des poumons, les anciens médecins ne voyaient guère que la grippe, que la maladie dont les symptômes leur frappaient les yeux, et méconnaissaient fréquemment la complication pneumonique, si souvent latente dans ces cas. Car la pneumonie de la grippe manque souvent du début solennel et théâtral de la pneumonie franche ordinaire ; elle doit être cherchée, et peut ne se révéler que par ses signes physiques seuls. Néanmoins, en fouillant parmi les symptômes décrits dans chaque épidémie, on peut presque toujours, et surtout lorsqu'il s'agit d'épidémies graves et meurtrières, retrouver quelque signe révélateur des complications pulmonaires. »

Villard, dans ses *Leçons de clinique*, dit aussi : « La maladie s'est installée petit à petit, insidieusement, et je dirai volontiers que c'est par hasard que vous l'avez découverte, si ce n'était un devoir impérieux d'ausculter tout malade présentant des symptômes insolites, alors même que rien ne révèle en apparence une inflammation aiguë des organes thoraciques. »

En somme, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître, non seulement la malignité des pneumonies grippales, mais surtout la façon insidieuse dont elles surviennent chez les malades grippés.

Nous ne voulons pas entrer ici dans une discussion au sujet des rapports réciproques de la grippe et de la pneumonie. Sont-elles deux manifestations d'une même infection? sont-elles indépendantes l'une de l'autre? ou bien la pneumonie en période grippale subit-elle l'influence de ce que nos anciens Maîtres avaient appelé la constitution médicale du moment? Toutes ces questions ont été posées et discutées.

Notre sujet s'élargirait beaucoup trop, et nous ne croyons

pas posséder de données suffisantes pour avoir le droit d'émettre notre avis dans une question aussi complexe.

D'ailleurs, dans la thèse de Menetrier (Paris 1887), cette question si controversée est traitée d'une façon très complète, et nous n'aurions jamais la prétention de faire mieux que cet auteur.

Mais quelles que soient les raisons pour lesquelles la pneumonie en période grippale diffère de la pneumonie franche, il n'est pas moins vrai et d'observation journalière que ces deux variétés de pneumonie présentent des symptômes différents les uns des autres, et cela à tel point que l'on a cru pouvoir faire de la pneumonie survenant pendant la grippe une variété à part, connue depuis longtemps sous le nom de pneumonie grippale.

La symptomatologie de cette pneumonie ne ressemble que de loin à celle de la pneumonie franche ; elle est quelquefois si anormale que le diagnostic en subit l'influence, et que la véritable nature de la maladie peut demeurer cachée en quelque sorte derrière les apparences jusqu'au jour où la marche de la maladie fait apparaître un signe qui ramène le médecin à la vérité.

C'est ce que nous avons vu se passer sous nos yeux à propos d'un malade atteint d'une pneumonie de cette nature, et chez lequel le diagnostic est resté en suspens durant quelques jours.

Ce fait nous a engagé à rechercher si ces anomalies du début n'étaient pas déjà signalées dans la science, et dans le cas où elles le seraient, s'il n'y aurait cependant pas intérêt à les mettre en lumière pour l'avenir.

### Observation Première

(Service de M. le professeur Carrieu)

A..., 23 ans, caporal au 122e d'infanterie, entre d'urgence dans le service de M. le professeur Carrieu, dans la nuit du 23 au 24 février 1898, avec le diagnostic de méningite (?)

Les antécédents héréditaires de cet homme n'offrent rien de particulier ; sa mère est morte, il y a 15 ans, de suites de couches. Son père et ses sœurs se portent bien.

Lui-même a toujours joui d'une excellente santé.

La maladie a débuté brusquement le 22 février, jour du mardi-gras. Il avait dîné en ville et fait, paraît-il, des libations plus abondantes que de coutume. En se couchant, il fut pris d'un très violent frisson qui dura au moins deux heures ; il avait d'abord très froid, la peau sèche ; mais, à la fin du frisson, il sua abondamment, en même temps qu'il commença à éprouver une céphalée très forte et une vive douleur pongitive du côté gauche du thorax, pas de toux, pas de crachats. Bientôt après apparurent des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, et de la diarrhée.

La céphalée, les vomissements et la diarrhée n'ayant pas cessé le lendemain matin, le malade ne put aller se présenter lui-même à la visite, et le médecin dut aller le voir à la chambre. On le transporta dans la journée à l'infirmerie où on le surveilla très attentivement. On lui appliqua des sinapismes sur le côté gauche de la poitrine, ce qui lui calma le point de côté. Dans la soirée, la céphalalgie augmenta ; le délire violent survint, la face était grimaçante, il y avait des mouvements dans les yeux et les membres ; les vomissements bilieux,

porracés, étaient toujours fréquents ; on craignit une méningite et on envoya le malade à l'hôpital ; la température était de 40°6.

A la visite, le 24 au matin, nous voyons un homme présentant un facies un peu terreux, une figure grimaçante, aux pupilles rétrécies. Il ne délire plus et nous raconte assez clairement l'histoire de sa maladie. Il se plaint de céphalée très forte ; il a de fréquents vomissements bilieux se produisant avec efforts pénibles mais non accompagnés de douleur gastrique ; enfin, notons une diarrhée très abondante. Le ventre ne présente rien de particulier, il n'est ni ballonné, ni rétracté. Pas de douleur abdominale, quelque soit le point où l'on exerce des pressions. Le foie déborde très légèrement les fausses côtes ; il est un peu congestionné. La rate est un peu volumineuse. La raie méningitique est assez nette.

On ne constate ni douleur, ni raideur à la nuque. Les pupilles réagissent assez bien. Du côté du thorax, en avant, la percussion ne donne rien. A l'auscultation, on entend quelques sibilants disséminés des deux côtés. En arrière, on trouve de la matité dans la région de l'angle de l'omoplate gauche et, en ce point, une respiration légèrement soufflante ; au-dessous de l'obscurité (un peu de congestion), pas de toux ni d'expectoration, pas de dyspnée appréciable.

La langue est très sale.

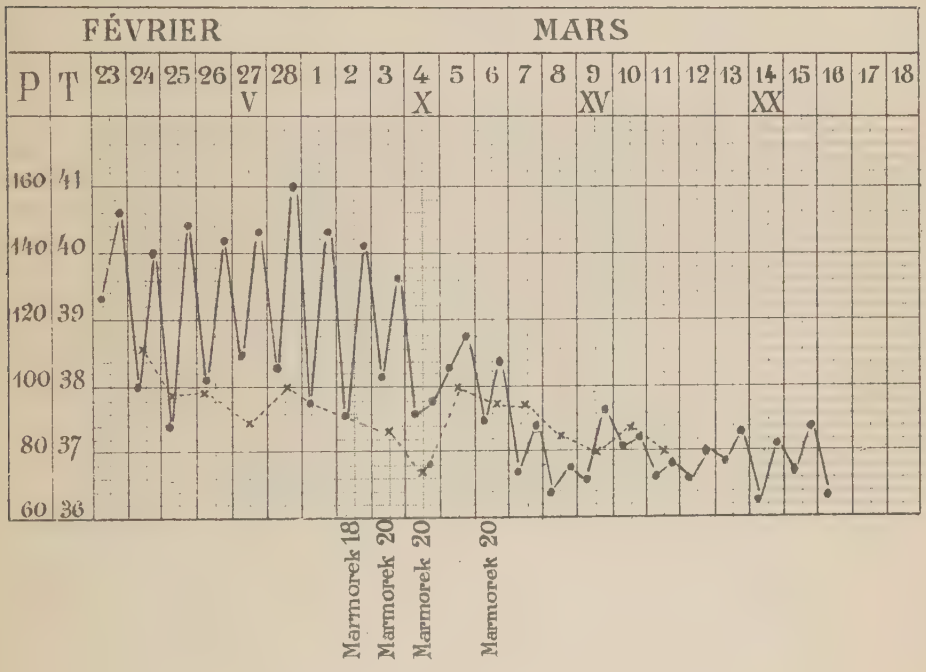
La température d'hier soir était de 40°6.

Ce matin, 38°. Le pouls est à 120.

On discute le diagnostic de méningite, mais l'absence de raideur et de douleur à la nuque, l'absence également de phénomènes pupillaires, la diarrhée et les efforts qui accompagnent les vomissements suffisent à le faire écarter. On se trouve, semble-t-il, en présence d'un cas particulier d'infection grippale.

# Observation Première

## Salle Martin Tisson, N° 27



On prescrit un bain chaud à 38° et de l'antipyrine associée au bicarbonate de soude pour la faire plus aisément supporter.

| | |
|---|---|
| Antipyrine.. . . . . | 0,30 gr. |
| Bicarbonate de Na. . | 0,50 gr. |

pour un paquet numéro 5. Mettre chaque paquet dans un grog.

25. — La journée d'hier a été mauvaise Les vomissements ont persisté ; les cachets d'antipyrine ont été mal supportés. Le délire, qui ne s'était pas montré dans la journée, a reparu vers 6 heures du soir. La température, à cette heure-là, était de 40°. On a fait une injection hypodermique de chlorhydrate de quinine (9,50).

Ce matin, la température est de 37°4. Le facies est meilleur, plus reposé. Les vomissements sont moins fréquents, moins verts, moins porracés. La diarrhée est toujours abondante. (La figure est encore très grimaçante, mais n'oublions pas que nous sommes en présence d'un sujet très nerveux). La langue est très blanche. Le pouls est ample, presque bondissant à 98 Les signes thoraciques se sont bien amendés, moins de matité et pas de respiration soufflante.

On prescrit une nouvelle injection de 0,50 de chlorhydrate de quinine.

26. — Hier soir, température très élevée (40,4), malgré l'injection de quinine, et délire violent.

Ce matin, la figure est encore grimaçante ; le malade a des mouvements saccadés. Quand on le prie de montrer la langue, il la projette très brusquement et en un seul mouvement, hors de la cavité buccale. Aujourd'hui le sujet indique une douleur, peu vive d'ailleurs, au niveau de la colonne vertébrale, vers le milieu de la région dorsale. Pas de douleur à la nuque, pas de contracture, pas de raideur.

Comme signes thoraciques, peu de chose : à gauche et en arrière, submatité vers la partie moyenne du poumon ; à l'aus-

cultation, quelques légers ronchus avec quelques râles sous-crépitants, mais pas de souffle.

La température est à 38°1 ; le pouls à 98.

On a fait ce matin une injection de 0,50 de chlorhydrate de quinine.

En faire une *illico*, de 0,75 ; la température était maintenant (10 heures du matin) à 39°2.

Le minimum de la courbe est à 8 heures du matin, et le maximum à 7 heures du soir ; la fièvre reste élevée jusqu'à minuit, puis elle diminue graduellement jusqu'à 5 heures du matin.

On a pris les températures à des heures différentes, et l'on a fait les constatations que nous venons d'indiquer.

Demain matin, faire une injection de quinine à 4 heures du matin, au moment où la température est le moins élevée.

28. — Les températures ne varient pas ; nous avons toujours une courbe à grandes oscillations. En présence de l'insuccès de la quinine, nous rejetons l'hypothèse d'une fièvre intermittente.

Nous avons affaire à une septicémie, mais nous ne trouvons aucun signe de localisation. Symptômes thoraciques peu marqués, moins intenses même qu'au début. Rien dans les articulations. Pas de douleur abdominale. La douleur vertébrale elle-même a disparu. Il ne reste que la céphalée, reparaissant forte chaque soir, malgré les applications de glace. Les pupilles réagissent très bien. La langue est projetée moins brusquement ; elle est humide, de bon aspect. Les urines sont peu abondantes, renfermant des traces d'albumine non rétractile.

Continuer les applications glacées sur la tête, et plonger trois fois dans la journée le malade dans un bain tiède refroidi, commencé à 33°, abaissé à 26°.

1$^{er}$ mars. — Même état. Température, 41°-37°8 ; même prescription.

2.— Hier soir, vers 6 heures, le malade a eu un frisson qui a d'ailleurs été très court; ce fut plutôt une impression de froid. La soirée a été agitée ; l'interne de service a prescrit une potion au chloral, qui a fait dormir le malade.

En se réveillant, ce matin vers 4 heures, le sujet a éprouvé un point de côté à la base gauche du thorax. Il n'a pas vomi, mais il tousse et commence à cracher.

A l'examen du thorax, on trouve un peu de skodisme sous la clavicule gauche. L'aire de Traube est parfaitement conservée. Rien au cœur. En arrière, il y a de la matité tout à fait à la base, du côté gauche, et, en ce point, un souffle expirateur très net, quoique lointain ; quelques frottements pleuraux et quelques sous-crépitants plus haut. Vibrations thoraciques exagérées ; bronchophonie nette en ce point.

*Il y a un seul crachat fibrineux,* légèrement hémoptoïque dans le crachoir. On va l'examiner *illico,* au point de vue bactériologique. La courbe thermique présente toujours les mêmes grandes oscillations.

Etant donné les signes thoraciques qui sont, ce matin, beaucoup plus accentués, on admet une localisation thoracique de la septicémie ; c'est probablement une pneumonie, l'agent pathogène étant encore indéterminé ; on hésite entre le pneumocoque et le streptocoque ; il peut y avoir association de ces deux microbes.

On continue les bains refroidis, et l'on fait, séance tenante, une injection de 15 cent. cube de sérum antistreptococcique de Marmorek.

3.— La journée d'hier a été plus calme. La température du soir 40°2. La figure est plus reposée, moins grimaçante. La langue est blanche. Les crachats plus abondants, fibrineux, légèrement ambrés, contenant des pneumocoques, un grand nombre de streptocoques mais pas de bacilles tuberculeux.

A l'examen du thorax, en avant, à gauche, submatité dans

le tiers moyen vers la partie externe. Rien à l'auscultation. En arrière, à gauche, matité depuis l'angle de l'omoplate jusqu'en bas, au-dessus sonorité parfaite. Vibrations conservées à la base. A l'auscultation, râles crépitants et quelques crépitants de retour. Bronchophonie.

Souffle expirateur à l'angle de l'omoplate. Continuer les bains. Une nouvelle injection de sérum de Marmorek.

4.— Hier, vers quatre heures du soir, le malade a eu une crise de dyspnée avec douleur dans le côté gauche du thorax. La toux était très fréquente à ce moment ; en même temps, s'est produite une très légère épistaxis. Cette petite crise est vite passée, et la nuit a été calme. La température présente des oscillations de moins en moins étendues.

Les crachats sont abondants, fibrineux, nettement rouillés par places. Au thorax, en avant, un peu de matité dans le deuxième espace intercostal gauche. L'espace de Traube est conservé. À l'auscultation, quelques râles sous-crépitants au tiers moyen, et des frottements pleuraux à la base.

En arrière : matité dans la moitié inférieure du côté gauche. Il n'y a plus le souffle expirateur trouvé les jours précédents ; on entend de nombreux râles crépitants très superficiels, éclatant par bouffées à la fin de l'inspiration ; il y a aussi quelques sous-crépitants. Nous sommes en présence d'une pneumonie grippale, l'agent infectieux étant surtout le streptocoque.

Refaire une injection antistreptococcique de 20 cent. cube.

5.— La nuit a été bonne. Le malade ne souffre plus de la tête. Il continue à tousser. Les crachats sont abondants, moins rouillés, plus fluides. La diarrhée a cessé Il y a 1.400 cent. cubes d'urine, mais le patient en perd dans les bains.

La température qui était hier matin à 37°7 est restée le soir à 37°8. Ce matin petite ascension à 38°2. Le pouls est fréquent (100), moins dépressible.

A la percussion, submatité vers le deuxième espace. Vibra-

tions diminuées. Ronchus des deux côtés. Des sous-crépitants au tiers moyen à gauche. En arrière, matité dans la moitié inférieure. Vibrations augmentées. Il n'y a plus de souffle. Râles sous-crépitants très nombreux surtout à l'inspiration. Retentissement de la voix.

Donner toujours trois bains. Ne pratiquer d'injection de sérum de Marmorek que si la température du soir dépasse 39°.

En outre, on prescrit la potion suivante :

| | |
|---|---|
| Extrait hydro-alcool de kôla. . . | 10 grammes. |
| Teinture de noix vomique. . . . | X gouttes. |
| Sirop benzoïque. . . . . | 60 grammes. |

7. — Hier soir, le malade a eu une violente céphalée. La température était à 38°3. On a fait une nouvelle injection de 20 cent. cubes.

Les oscillations thermiques sont de moins en moins étendues. La chute de la température est manifeste et se fait en lysis. Ce matin la courbe est au-dessous de 37°.

En avant, rien à la percussion ni à l'auscultation. En arrière, sonorité, sauf tout à fait à la base gauche, où il y a de la matité. A l'auscultation, quelques ronchus, râles sous-crépitants fins (dans les deux temps) de déplissement pulmonaire et de frottements pleuraux mêlés. La résolution se fait très bien. Un seul bain. Pas d'injection. Le malade n'aimant pas les sirops, on modifie ainsi la potion précédente :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Benzoate de soude . . | 2 gr. | Teinture de kola. . . | 10 gr. |
| Eau . . . . . | 100 — | Teint. de noix vomique | X g$^{tes}$ |
| Teint. d'écorce d'or. am. | X L g$^{tes}$ | Eau . . . . . | 80 gr. |

Alternativement une cuillerée de chaque toutes les heures.

9. — La température d'hier soir n'a pas atteint 37°. Ce matin, elle est à 36°7. Le pouls à 80. Urines abondantes ; traces d'albumine.

10.— Hier soir, un peu d'ascension thermique (37°7). Ce matin, 37°1. Urine 1500.

Antipyrine, 1,50 en trois cachets.

11.— La température est retombée. Les nuits sont bonnes. Le malade n'est pas agité. Le pouls est un peu dicrote. A la percussion, il y a, en arrière, une très légère submatité ; à la base gauche, quelques légers frottements, et un peu d'obscurité.

On commence à alimenter le malade. On permet un œuf.

En somme, l'observation très détaillée que nous venons de rapporter au complet peut se résumer en ceci :

Un homme jeune, sans tares héréditaires, sans antécédents morbides personnels, à la suite de quelques excès de table et de boisson, ressent le soir un frisson long et violent; le lendemain, il est brisé, a du délire, de la céphalée, des vomissements et de la diarrhée, qui en imposent, au premier abord, pour une méningite.

Il est envoyé à l'hôpital le surlendemain, on constate les vomissements et la diarrhée, mais le délire a disparu, et, dans la poitrine, on ne trouve qu'un peu de congestion au sommet gauche, laquelle, d'ailleurs, disparaît dès le lendemain. Mais, depuis le début, la fièvre persiste, élevée le soir, abaissée le matin, à grandes oscillations comparables à celles de la fièvre intermittente.

On porte le diagnostic d'infection grippale. Ce n'est qu'au bout de huit jours à partir du début de la maladie, que le sujet, à la suite d'un frisson très court et d'une nuit agitée, se plaint d'un point de côté. On l'examine ce matin-là comme les autres jours, et on trouve une pneumonie absolument caractérisée.

Cette localisation de l'infection grippale dure sept jours pour accomplir son cycle complet, au bout desquels la défervescence se produit et la maladie finit.

Voici une deuxième observation dans laquelle le début d'une

pneumonie grippale fut moins dramatique, mais tout aussi insidieux et anormal.

### Observation II

(Communiquée par M. le docteur Magnol)

Le 22 mars 1898, je suis appelé auprès d'un homme de 52 ans, le nommé Jules P..., qui, fatigué depuis deux ou trois jours, aurait eu, dans le courant de la nuit, une indigestion, au dire de la personne qui venait me prendre de sa part.

Vers une heure du matin, il s'était éveillé tout à coup sentant un fort mal de tête, des douleurs dans les reins et les membres, et une forte envie de vomir.

On le soigna comme en pareil cas, avec quelques tasses de thé chaud, et les vomissements arrivèrent le matin vers cinq heures. Les matières vomies étaient verdâtres, bilieuses, mais ne contenaient aucun débris alimentaire.

Lorsque j'arrivai auprès du malade, je le trouvai couché, étendu sur le dos, le regard fixe, répondant difficilement aux questions que je lui posais. Il put me dire, cependant, qu'il se sentait brisé de partout, que la tête lui faisait mal à éclater et qu'il avait vomi, mais sans aller du corps ni uriner.

Le facies était plutôt pâle que coloré, les yeux mi-clos, le corps inondé de sueur, la température très élevée (39°4), le pouls dur et fréquent (104).

*L'auscultation de la poitrine n'offrait rien de particulier.*

Pensant me trouver en présence d'une indisposition passagère, soupçonnant chez le malade des habitudes alcooliques, je prescrivis un vomitif (1 gr. 20 d'ipéca), et recommandai, à la suite, une potion cordiale et le régime lacté absolu.

Le lendemain et le surlendemain, l'état ne changea pas, la

fièvre persistait, les vomissements revenaient, malgré une potion de Dehaën, administrée d'heure en heure, et l'état général restait mauvais, le malade était fort abattu, prostré, parlant difficilement et délirant beaucoup durant la nuit. Je crus, à ce moment, me trouver en présence d'un début de dothiénentérie, d'autant plus qu'un peu de diarrhée était apparue et que le ventre présentait du ballonnement et des gargouillements dans la fosse iliaque droite.

Le 25 mars au matin, mon diagnostic de dothiénentérie paraissait se confirmer, d'autant plus que, dans la nuit du 24 au 25, le malade avait eu une épistaxis abondante, et que la fièvre n'avait pas diminué. Je prescrivis donc toujours le traitement diététique précédent : lait, bouillon, limonade, me réservant d'envoyer le malade à l'hôpital, si je jugeais les bains nécessaires.

Le 26 au matin, lorsque j'arrivai près du malade, on me dit que la nuit avait été très mauvaise, qu'il avait déliré, *s'était plaint d'un froid continuel* et avait un peu toussé. Bien qu'il n'y eût aucun autre signe, la toux m'amena à ausculter le malade, ce que j'avais, d'ailleurs, fait les jours précédents, et, à ma grande surprise, au niveau du sommet gauche, en arrière, je trouvai un point pneumonique très net : matité, souffle, vibrations exagérées, rien n'y manquait.

Je prescrivis, ce jour-là, une potion à l'ipéca par infusion, et, vu l'état général très abattu du malade, j'y ajoutai une potion cordiale à l'extrait de quinquina et à l'élixir de garus.

Le 27, l'état avait peu changé, l'abattement était le même. Le point pneumonique n'avait subi aucun changement depuis la veille.

Il en fut ainsi encore le lendemain 28. Seulement, ce jour-là, l'expectoration commença : il y eut des crachats franchement rouillés. La température oscillait, à ce moment, entre 37°8 le matin et 40°1 le soir.

Durant trois jours encore, la maladie ne fit aucun progrès. La température seule descendit peu à peu vers 37°, par échelons et non par crise.

A ce moment, un vésicatoire appliqué *loco dolenti* accéléra la résolution des exsudats pneumoniques, et quelques jours après, dans les commencements du mois d'avril, le malade put se lever, très faible il est vrai, mais son foyer pneumonique bien guéri.

C'est là, croyons-nous, un exemple de début anormal de pneumonie grippale.

Sont-ce là les allures ordinaires de la pneumonie telles que l'on a l'habitude de les rencontrer et telles qu'elles sont décrites par les auteurs classiques ? Assurément non ; mais pour mettre un peu d'ordre dans l'exposé de notre travail, nous allons passer en revue les divers points par lesquels la pneumonie dite grippale se rapproche ou s'écarte de la pneumonie franche.

Nous insisterons plus spécialement sur les phénomènes de début, car c'est sur eux que nous voulons attirer l'attention, et ce sont les plus importants à connaître pour porter un diagnostic suffisamment précoce, et pour instituer de bonne heure le traitement approprié.

## CHAPITRE II

### COMPARAISON ENTRE LES SYMPTOMES DE DÉBUT DES DEUX PNEUMONIES

Les symptômes du début de la pneumonie peuvent se réduire à trois groupes, que nous pourrions appeler principaux, pour les opposer aux symptômes accessoires et parce que ce sont ceux qui se présentent les premiers à l'observateur.

Ces groupes de symptômes sont constitués par :

1° Le frisson et la fièvre.

2° La toux et la dyspnée.

3° La douleur.

Nous allons les examiner chacun en particulier et tâcher de nous rendre compte si des différences notables ne permettraient pas de distinguer ceux qui annoncent une pneumonie grippale de ceux qui sont le prélude d'une pneumonie franche.

#### 1° Frisson et Fièvre

Dans la pneumonie franche, le frisson est généralement unique, violent, intense, accompagné souvent de claquement des dents, comme celui de la fièvre intermittente. C'est l'opinion de Jaccoud, de Dieulafoy, etc.

Ce symptôme manque rarement, sauf chez les enfants et les vieillards, où, comme on le sait, il est chez les premiers souvent

remplacé par des convulsions, et chez les seconds, si insignifiant qu'il peut passer inaperçu ; mais chez l'adulte, nous le répétons, il manque très rarement.

C'est donc pour la pneumonie franche un signe d'une grande valeur.

Dans la pneumonie grippale, au contraire, ce début franc par un frisson manque très souvent.

C'est ainsi que, dans la thèse de Menetrier, où sont rapportées 21 observations de pneumonie grippale, le frisson unique n'est noté que cinq fois, soit à peine chez le quart des sujets.

Chez les autres, on a noté tantôt des frissonnements répétés (7 fois), tantôt absence complète de frissons.

Les autres auteurs qui ont parlé de ces pneumonies parlent tous dans ce sens, et l'on peut soutenir, en thèse générale, que le frisson violent, unique et prolongé est presque la propriété de la pneumonie franche à l'encontre de la pneumonie grippale (1).

La durée de ce frisson, qui est dans la pneumonie franche d'un quart d'heure à deux ou trois heures, ne peut guère servir au diagnostic. C'est plutôt la franchise du frisson unique et sa violence qui permettraient, dans certains cas, d'affirmer la nature franche de la pneumonie qui le suivra.

La fièvre, que nous rangeons dans notre groupement des symptômes à côté du frisson, ce dernier n'étant que la conséquence de la première, « coïncide toujours, ainsi que le dit Jaccoud, avec une élévation notable de la température » ; cette fièvre, on le sait, est très rapidement ascensionnelle dans la pneumonie franche. Une seule observation de M. Bouchard, où

---

(1) Nous ne voulons pas dire que ce frisson unique et prolongé soit le monopole de la pneumonie franche, car il se rencontre aussi dans d'autres affections ; mais nous opposons ses caractères à ceux du frisson de la pneumonie grippale.

l'on a pris la température exactement, a trait à un malade chez lequel la température rectale, prise au moment du frisson, était de 36°9. Quelques rares observations de cas de ce genre existent dans la science, ce sont plutôt des curiosités symptomatiques, et on peut dire que, dans tous les cas, la température de la pneumonie s'élève brusquement après le frisson.

Elle s'élève jusque vers 39° ou 40° en quelques heures. « Le premier jour, dit Jaccoud (1), le thermomètre est à 39° ou quelques dixièmes au-dessus; le matin du second jour, il y a une *rémission insignifiante ou nulle* et la chaleur continue à monter jusqu'à 40° ou un peu au-delà : et plus loin, il dit encore « que l'excursion thermométrique n'est plus qu'une oscillation de quelques dixièmes autour du maximum servant de point fixe ». Netter (2) dit, lui aussi, que la fièvre est continue ou subcontinue, ne présentant en général du matin au soir que des différences de moins d'un demi-degré.

Jaccoud reconnaît cependand après Thomas (3), que, dans quelques cas très rares, la fièvre offre un caractère franchement intermittent.

En somme, nous pouvons conclure que la fièvre, dans la pneumonie franche, offre dans la presque totalité des cas un caractère subcontinu ou à peine rémittent. Au contraire, dans la pneumonie grippale, il semble que l'irrégularité de la courbe thermique soit la règle.

Jaccoud, le premier, insiste sur l'inconstance des températures dans la grippe en général. « On peut y observer tous les » types, mais en général on y rencontre le type intermittent » ou fortement rémittent. » Ainsi que le dit Menetrier dans sa thèse, « rien d'étonnant par conséquent que la grippe apporte

---

(1) *Path. interne*, p. 55.

(2) *Traité de méd.*, p. 878, t. VI.

(3) Thomas cité par Jaccoud, *Cliniques*, p. 26.

sa note personnelle dans l'évolution de la pneumonie grippale. »

Villard (1) note aussi ces irrégularités dans le cycle thermique. Il y a, dit-il, des cas où, d'après l'état général, la crise paraît s'être produite, et cependant le thermomètre se maintient aux environ de 40°. Dans d'autres cas, d'après lui toujours, il en est d'autres dans lesquels la maladie évolue comme une pneumonie franche, mais la grippe imprime néanmoins son cachet à la maladie par quelque anomalie. Par exemple, le type fébrile est irrégulier avec de brusques ressauts de la courbe.

Dans la thèse de Menetrier, dont nous parlions plus haut, l'exemple est joint au précepte, et il suffit de jeter les yeux sur les courbes qui accompagnent les Observations I, II, III, IV, X, XI de sa thèse, où ces irrégularités sont les plus considérables, pour en être convaincu.

Le malade qui fait le sujet de notre Observation I[re], dans laquelle la température a pu être relevée jour par jour, a offert un bel exemple de cette irrégularité de la courbe thermique. On lui a cependant administré la quinine. A un moment, en effet, l'hypothèse de fièvre intermittente palustre avait été agitée à cause de l'intermittence de la courbe ; la quinine, bien qu'on ait changé les heures d'administration (on la donnait tantôt le matin tantôt le soir) et le mode d'introduction (gastrique et hypodermique), n'a produit, semble-t-il, aucun effet sur la marche de la fièvre, qui est restée irrégulière et rémittente durant les 10 premiers jours de la maladie.

En somme, les auteurs sont unanimes à reconnaître que les courbes thermiques irrégulières sont plutôt l'apanage de la pneumonie grippale que de la pneumonie franche.

D'autre part, l'examen des diverses courbes que nous avons pu parcourir démontre ce même fait.

---

(1) *Leçons clin. sur la grippe,* 1890.

M. Grasset (1) dit que : « La brutalité de l'invasion, l'énergie des symptômes, l'élévation rapide et intense de la température, l'existence d'*intervalles d'apyrexie,* rapprochent également la grippe de la *fièvre intermittente.* Mais, dans les manifestations aiguës du paludisme, le frisson est plus net, les divers stades sont, en général, mieux tranchés ; les antécédents du sujet servent, en outre, à établir l'existence d'accès antérieurs, ou tout au moins le séjour dans un milieu marem-matique ; enfin, l'évolution ultérieure affirme, à bref délai, le diagnostic ».

Nous pouvons donc conclure de ces deux ordres de recherches que la température, dans la pneumonie grippale, est le plus souvent irrégulière ; si donc on se trouve en présence d'une infection pneumonique, et que le malade présente une courbe thermique irrégulière, à type rémittent ou intermittent, on pourra conclure, surtout si l'on est en période épidémique grippale, que la pneumonie en question est très probablement de nature grippale, sauf s'il y a une complication malarienne, ce qui n'est pas rare dans nos régions (2).

### 2° Toux et Dyspnée

La toux, symptôme assez important de la pneumonie franche, est un symptôme inconstant dans la pneumonie grippale. La grippe, elle-même, sans pneumonie, peut amener des quintes de toux très considérables, sans qu'il y ait pour cela de localisations pulmonaires précises.

Netter (3) dit : « Le plus souvent l'inflammation (ou coryza

(1) *Leçons sur la grippe de l'hiver* 1889-1890, p. 55.

(2) Combal. *Pneumonie intermittente.* (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Montpellier*, 1878, n° 1.)

(3) *Traité de médecine.*

grippal) s'étend au larynx et détermine une toux sèche, quinteuse, pénible, qui empêche le malade de dormir. »

Villard et d'autres auteurs parlent aussi de cette toux très fatigante qui peut caractériser le début de la grippe, mais qui ne peut guère servir au diagnostic de début de la pneumonie dont nous parlons.

La dyspnée est encore un de ces symptômes très variables, aussi bien dans la grippe que dans la pneumonie. Cependant, de la lecture des auteurs, il semblerait que la dyspnée se rencontre plus fréquemment dans la pneumonie franche, où elle ne manque guère, que dans la pneumonie grippale.

Les divers auteurs qui ont traité jusqu'ici de la pneumonie grippale nous la représentent comme une maladie tantôt fort insidieuse, s'installant sournoisement, presque sans dyspnée ni toux, tantôt avec une dyspnée intense sans rapport avec l'étendue de la phlegmasie. L'auscultation seule, d'après eux (1), peut mettre sur la voie du diagnostic de la pneumonie grippale.

Nous ne pouvons donc pas faire de l'absence ou de la présence de ce symptôme un signe caractéristique de la pneumonie grippale, ce symptôme étant lui-même très variable, suivant les malades observés.

### 3° Douleur

La douleur dans la pneumonie est le point de côté situé, ainsi que le dit Dieulafoy, généralement sous le mamelon ; il ne manque guère que chez les vieillards et dans les pneumonies centrales. Ces cas sont faciles à écarter, le second surtout dans lequel les phénomènes concomitants plaideront plutôt en

(1) Voir ce qu'en dit Villard, *loc. cit.*

faveur d'une pneumonie franche que d'une pneumonie grippale.

Dans cette dernière la constance de ce point de côté manque; c'est au contraire, semble-t-il, l'absence de douleur ou sa faible intensité qui sont la règle. Ainsi que le dit encore Dieulafoy, les pneumonies grippales se présentent avec des caractères totalement anormaux.

Nous avons relevé dans la thèse de Menetrier, observation par observation, l'état de la douleur chez les pneumoniques grippaux. Voici les résultats :

Sur 21 cas, le point de côté a été :

Nul dans 10 cas.
Faible dans 6 cas.
Tardif dans 1 cas.
Excessif dans 4 cas seulement.

Donc ce n'est au plus que dans 11 cas, à peine la moitié, que la douleur a pu donner l'éveil sur l'évolution d'une pneumonie, et encore sur ces 11 cas, 6 fois la douleur a été si faible que n'eut été l'attention des médecins dirigée vers les affections de l'appareil respiratoire en période d'épidémie grippale, la pneumonie serait passée inaperçue.

L'absence donc du point de côté dans les cas où il ne s'agit ni d'une pneumonie de vieillard, ni d'une pneumonie centrale peut donc être un signe sur lequel on peut s'appuyer pour juger de la nature grippale d'une pneumonie.

Sa faiblesse peut servir à atteindre le même but, mais avec plus de circonspection et en se basant dans tous les cas sur l'ensemble des symptômes observés et non sur un seul.

Notre malade avait bien eu une légère pleurodynie au début de son affection, mais à ce moment une auscultation attentive et fréquemment répétée n'avait pu déceler aucune trace de pneumonie.

Le deuxième point de côté n'était guère plus intense, ni plus caractéristique.

Il nous reste à parler de deux symptômes particuliers au début de la pneumonie grippale, symptômes assez fréquents pour que les auteurs les aient cités, et qui, d'ailleurs, se sont présentés dans l'observation principale de notre travail : nous voulons dire les épistaxis et les vomissements.

1° *Épistaxis.* — Les épistaxis ont été notés au début de la pneumonie grippale par plusieurs auteurs. Menetrier dit (1) qu'ils ont été observés nombre de fois.

Leur pathogénie est peu connue ; ils paraissent être en rapport avec la congestion initiale de l'appareil respiratoire, mais ce signe arrivant au début d'une maladie fébrile pourrait la faire confondre avec un début de dothiénentérie. Cependant, l'erreur sera facilement évitée, si l'on réfléchit que la dothiénentérie est une maladie à prodromes généralement longs, tandis que la grippe survient généralement avec brusquerie et surprend les sujets en pleine santé.

Ce phénomène paraît assez spécial à la pneumonie grippale, mais on ne saurait en faire un signe de diagnostic différentiel, il n'est pas assez constant pour cela, et si nous le citons, c'est pour être complets.

2° *Vomissements.* — On sait que la grippe peut présenter trois types principaux :

Type nerveux.

— respiratoire.

— gastro-intestinal.

Dans certaines épidémies, les principaux symptômes observés étaient plutôt gastro-intestinaux.

Ce n'est pas que dans toute grippe on ne puisse rencontrer un état saburral plus ou moins accentué accompagnant les

(1) Menetrier, *loc. cit.*, p. 41.

autres phénomènes, mais il est des cas où cet état gastro-intestinal est tel, qu'il constitue, de par sa violence et sa gravité, toute l'histoire de la maladie. Cet état gastro-intestinal peut, dans certains cas, venir ajouter, superposer ses symptômes à ceux d'une pneumonie grippale en évolution. On peut, ainsi que l'a dit Menetrier, les rapprocher des pneumonies bilieuses de Stoll.

Dans ces cas, on observe toujours un état saburral gastro-intestinal très considérable, et presque toujours le début de la pneumonie est alors marqué par des vomissements bilieux vérts, porracés en un mot.

Dans les deux observations que nous rapportons, ces vomissements ont précédé ou ont marqué le début de la pneumonie ; en voici d'autres où les mêmes phénomènes ont été notés, elles sont extraites de la thèse de Menetrier, et prises dans le service de M. Cuffer, à l'hôpital Tenon.

### Observation III

(Extraite de la thèse de Menetrier).

D..., 17 ans, caoutchoutier, entré le 22 avril, salle Barth, numéro 7.

Garçon robuste, sanguin, n'ayant fait aucune maladie antérieure.

Depuis cinq jours environ, il a été pris de malaise, de fièvre, avec inappétence, courbature, céphalalgie progressivement plus accentuée, coryza et bronchite. La fièvre est plus vive depuis deux jours ; des vomissements bilieux sont survenus, et le malade est envoyé à l'hôpital comme atteint d'intoxication par le sulfure de carbone (?). Il présente les

symptômes suivants : fièvre vive, langue très saburrale, soif intense, inappétence absolue, vomissements bilieux. Le coryza est modéré, il s'accompagne de larmoiement et de douleur à la gorge. Céphalalgie intense.

Pas de point de côté ; la toux est peu fréquente, non douloureuse, sans expectoration autre que de la salive, mélangée de quelques mucosités. Le ventre est un peu ballonné ; rate normale ; foie un peu gros et sensible à la pression.

Constipation après une diarrhée qui a duré deux jours, et qui est arrêtée depuis 36 heures environ. A l'examen de la poitrine : mâtité, souffle tubaire et râles crépitants au sommet droit en arrière dans les fosses sus et sous-épineuses. Il s'agit d'une pneumonie du sommet droit, développée dans le cours d'un état grippal antérieur, sans expectoration, sans point de côté, avec prédominance des symptômes du côté de l'appareil digestif (vomissements, congestion du foie, etc.).

Ainsi, le début de la pneumonie a été si bien masqué par la prédominance des phénomènes gastro-intestinaux, qu'en l'absence de tout symptôme caractéristique, le médecin qui, le premier, vit le malade, commit l'erreur de croire à un empoisonnement.

### Observation IV

(Extraite de la thèse de Menetrier).

Victor L..., 26 ans, charbonnier, entré le 6 février, salle Barth, numéro 5.

Cet homme n'a eu aucune maladie antérieure. Il est vigoureux, bien constitué, de tempérament très sanguin.

Il a commencé par éprouver quelques malaises, il y a dix jours environ : inappétence, fatigue, courbature, coryza, avec

un peu de gêne dans la déglutition, toux sèche et pénible ; pas de point de côté. Un médecin appelé a fait le diagnostic de grippe, et a prescrit un purgatif salin. Cependant, au bout de cinq à six jours, c'est-à-dire cinq jours avant son entrée à l'hôpital, le malade se sent plus souffrant, il a des nausées, puis vomit abondamment, et ces vomissements se répètent le lendemain et le surlendemain. En même temps, la fièvre devient plus vive, un point de côté survient, et le malade est forcé de garder le lit.

Il entre à l'hôpital le 6 février. Les phénomènes grippaux du début ont en partie disparus.

Cependant, il existe encore un peu de coryza, de rougeur de la gorge. Légère teinte subictérique des conjonctives. Inappétence absolue, langue très saburrale, soif vive. Les vomissements ont cessé.

Le ventre est un peu ballonné, la rate est grosse, le foie douloureux et augmenté de volume.

La toux est très fréquente ; l'expectoration assez abondante ; les crachats sont très visqueux, très fortement teintés de sang, presque hémoptoïques. La douleur de côté a déjà notablement diminué.

L'examen de la poitrine révèle une pneumonie, occupant le sommet droit ; souffle et râles crépitants dans les fosses sus et sous-épineuse et dans l'aisselle, matité dans les mêmes points. Partout ailleurs, signes de bronchite généralisée, râles ronflants et sibilants, rudesse de la respiration.

Ces vomissements, indice d'un état maladif du tube gastro-intestinal, sont un symptôme étranger à la pneumonie et peuvent induire en erreur. Le malade qui fait le sujet de notre observation première fut supposé atteint de méningite à cause de ces vomissements ; pour celui de l'Observation II, le médecin traitant crut à un simple embarras gastrique ; et pour

les deux dernières observations que nous venons de rapporter, le diagnostic s'égara dès les premiers instants, trompé par ce symptôme anormal dans une maladie de l'appareil respiratoire.

Donc, en période grippale, en présence d'un malade à vomissements bilieux, on devra, tout en songeant à la forme gastro-intestinale de la grippe, ne pas oublier que la pneumonie grippale peut être précédée de troubles gastro-intestinaux assez notables pour donner lieu à des vomissements abondants.

Il nous reste à dire un dernier mot à propos de l'état général des malades atteints de pneumonie grippale.

Tous les auteurs sont d'accord pour le dire, la grippe en général est une maladie qui frappe l'organisme à la façon des grandes pyrexies.

Malgré le peu de durée qu'elle présente en général, l'invasion est si brusque que l'économie est pour ainsi dire envahie avant qu'aucune réaction ait pu se faire ; les différents appareils sont frappés en quelque sorte d'inhibition, de façon que la réaction habituelle ne peut avoir lieu. La prostration est par conséquent la règle.

Dans les formes respiratoires les plus bénignes, cet état de prostration est noté comme faisant contraste avec le peu de gravité des lésions. Voici ce que dit Widal à ce sujet (1) : « Dans sa forme respiratoire la plus simple la maladie affecte les allures du rhume le plus vulgaire. Elle est apyrétique, sans grands signes sthétoscopiques et marquée pourtant par une prostration profonde ».

Nous pourrions multiplier les citations de cet ordre constatant l'état particulier de prostration dans les localisations

---

(1) Widal, *Traité de méd.*, t. I, p. 819.

pulmonaires de la grippe, nous nous bornerons à citer Menetrier (1) qui, parlant de l'état général de la pneumonie grippale l'oppose à celui de la pneumonie franche en disant : « L'état général est grave, le malade paraît profondément atteint, il ne présente généralement pas le facies coloré, qui, avec la chaleur de la peau et la force du pouls, faisait autrefois considérer la pneumonie comme le type des maladies inflammatoires. Mais, au contraire, le visage est souvent pâle, les yeux excavés, les lèvres bleuâtres ; la physionomie est alors semblable à celle des maladies infectieuses à type adynamique ».

Il est donc possible de distinguer l'une de l'autre les deux genres de pneumonie, grippale et franche, par la différence de phénomènes généraux ; l'une aura des phénomènes plutôt d'excitation, l'autre de dépression.

### Observation V

(Extraite de la thèse de Menetrier)

Dominique D..., 22 ans, boulonnier, entré le 13 mars 1884, salle Gérando, n° 11.

Ce garçon est de bonne constitution, et n'a fait aucune maladie jusqu'à présent. Il y a huit jours, il a été pris d'étourdissements, avec mal de tête et nausées, bientôt suivies de vomissements alimentaires et bilieux. Il toussait un peu, et avait en même temps du coryza. Deux jours après, diarrhée abondante, qui dure encore au moment de l'entrée.

Ce jour (13 mars), il est fort abattu, a la langue très chargée, brune et sèche au centre, blanche sur les bords. L'haleine est

(1) Menetrier, th., p. 43.

fétide. Le ventre est légèrement météorisé, avec gargouillements dans la fosse iliaque. La rate paraît un peu volumineuse. Le foie est gros et sensible. On trouve dans les poumons quelques râles sifflants disséminés, et, tout à fait au sommet de l'aisselle gauche, un petit foyer de souffle tubaire et de râles crépitants. Il n'y a, du reste, pas de point de côté, mais une douleur vague à la base du thorax et tout au pourtour. Pas de crachats.

N'étaient les signes perçus au poumon, on prendrait la maladie pour une fièvre typhoïde à son début.

Rien au cœur. Pouls 112. Fièvre intense.

Les jours suivants, les signes généraux restant les mêmes, on trouve une extension progressive des signes d'hépatisation ; le souffle et les râles s'entendent dans tout le sommet, en avant, en arrière et dans l'aisselle.

Un jour seulement, le malade rend deux ou trois crachats rouillés.

Le 18 mars, défervescence complète ; des râles de retour succèdent au souffle, et s'entendent encore pendant les huit jours qui suivent. Enfin le malade, complètement guéri, quitte l'hôpital le 1er avril.

Nous ne saurions mieux faire saisir l'opposition qui existe en général entre ces deux pneumonies que de mettre sous les yeux deux descriptions, l'une de Villard (1) et l'autre de Jaccoud (2). cette dernière ayant l'avantage d'être une auto-observation.

Voici d'abord la description de Villard :

« Prenons donc un sujet dans la force de l'âge, un homme de trente à quarante ans, par exemple. Il a été atteint pendant trois ou quatre jours des malaises caractéristiques de l'épidémie, douleurs diverses plus ou moins intenses, anorexie, léger

(1) Villard, *Leçons clin. sur la grippe*, p. 130.

(2) Jaccoud, *Cliniques*.

état fébrile, etc. ; puis, quoique ne se sentant pas entièrement guéri, il est sorti, a vaqué à ses affaires, mais sans entrain, sans appétit, accusant un sentiment de faiblesse qui l'étonne. Après quelques jours, il se décide à s'aliter de nouveau, se met aux boissons chaudes et à l'aconit pendant trente-six à quarante-huit heures, puis, ne voyant pas d'amélioration dans son état, finit par faire appeler son médecin. Lorsque vous l'abordez, vos premières investigations ne se portent pas sur les organes thoraciques : le malade respire sans peine, il ne tousse pas, n'a pas d'expectoration, et, si vous ne connaissiez la tendance de l'influenza à se localiser sur les bronches ou les poumons, si vous n'étiez surpris par la coexistence d'une température anormale avec un état général qui ne semble pas indiquer une maladie bien sérieuse, vous négligeriez d'ausculter votre malade. Mais appliquez votre oreille sur sa poitrine : vous percevrez, en un point limité d'un des deux poumons, sur l'étendue d'une pièce de cinq francs, un souffle, rappelant assez par son timbre celui de la pleurésie ; faites-le tousser : des bouffées de râles crépitants viennent éclater sous votre oreille ; faites-le parler : la voix retentit avec un éclat tout particulier, c'est plutôt de la broncho-égophonie que de la bronchophonie véritable. Votre diagnostic est fait, vous dites : c'est une pneumonie.

» Remarquez ce mode de début ; vous n'avez pas ici ces symptômes bruyants qui marquent l'invasion d'une pneumonie franche : pas de point de côté, pas de dyspnée, pas d'expectoration rouillée. La maladie s'est installée petit à petit, insidieusement, et je dirais volontiers que c'est par hasard que vous l'avez découverte, si ce n'était un devoir impérieux d'ausculter tout malade présentant des symptômes insolites, alors même que rien ne révèle en apparence une inflammation aiguë des organes thoraciques. »

Voici, par contre, le récit fait par Jaccoud lui-même des phénomènes du début d'une pneumonie franche :

« Il y a deux ans, j'ai été moi-même atteint d'une pneumonie franche : elle siégeait à droite, et, durant les deux premiers jours, la rougeur de ma joue gauche a contrasté d'une manière choquante avec la coloration de la droite ; de plus, cette rougeur coïncidait avec une sensation désagréable de chaleur dans tout le côté gauche de la face. Mais ce n'est pas tout, cette pneumonie m'a saisi brusquement, brutalement. Je remplaçais ici même mon regretté maître et ami, le professeur Natalis Guillot, et j'étais venu bien portant au service, lorsque, au quatrième ou au cinquième lit de ma première salle, je suis pris d'un frisson des plus intenses, avec tremblement et claquement des dents ; ce frisson dura jusqu'au milieu du jour, et le soir seulement, c'était un lundi, je ressentis le point de côté ».

## CHAPITRE III

### ESSAI DE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Dans le chapitre précédent, nous avons essayé de trouver les différences qui distinguent le début d'une pneumonie grippale de celui d'une pneumonie franche ; nous allons tâcher d'appliquer ces données au diagnostic pratique de la pneumonie grippale.

En clinique, plusieurs cas peuvent se présenter.

Tout d'abord la pneumonie peut débuter avec les allures d'une pneumonie franche chez un sujet atteint de grippe depuis quelques jours. Dans ce cas, pas de difficulté : on se bornera à constater une pneumonie chez un malade atteint de grippe. D'autres fois la pneumonie survient d'emblée comme manifestation primitive de la grippe, mais elle présente les phénomènes normaux d'une pneumonie. Pas de difficulté, non plus, dans ce cas.

Il ne pourrait y en avoir dans les deux circonstances ci-dessus que si par la localisation centrale, les signes stéthoscopiques faisaient défaut; mais la difficulté ne serait pas alors le fait de la nature grippale de la pneumonie, mais bien de sa localisation; cette difficulté se présente pour les pneumonies centrales franches.

Les cas les plus difficiles, et où la sagacité du clinicien peut être mise en défaut, sont ceux dans lesquels la pneumonie se

présente avec des symptômes anormaux au début d'une grippe.

Dans ce cas, il faudra, pour arriver au diagnostic, se baser sur des différences souvent très faibles, plutôt même sur un ensemble de symptômes que sur un signe isolé.

Le frisson initial est-il nul, peu intense ou répété, on sera en droit de rechercher la pneumonie grippale ; la courbe des températures irrégulières rémittente et non continue, comme dans la pneumonie franche, vient apporter, s'il est nécessaire, une confirmation à ce phénomène.

La toux et la dyspnée, étant très variables comme intensité dans la pneumonie grippale, ne peuvent guère servir de signes de diagnostic différentiel.

Le point de côté pourrait fournir cependant quelques indications ; s'il est faible ou nul, alors que les signes stéthoscopiques sont assez nets pour diagnostiquer une pneumonie, on pourra ajouter à cette dernière sans trop de témérité l'épithète de grippale.

S'il y a eu des épistaxis et qu'on ait pu éliminer les craintes d'une dothiénentérie cette constatation pourra aussi servir à renforcer l'opinion que l'on pouvait avoir de la nature grippale de la pneumonie.

Si enfin l'état général de prostration profonde n'est nullement en rapport avec les signes physiques constatés, on pourra alors presque à coup sûr porter le diagnostic ferme. L'état du pouls fort, dur, bondissant au début de la pneumonie franche, est plutôt mou, dépressible et dicrote dans la grippe.

Mais encore une fois, et nous ne saurions trop le répéter, ce n'est pas sur un seul symptôme ou signe que l'on pourra s'appuyer pour faire le diagnostic, mais sur un ensemble, sur un faisceau de signes.

# CHAPITRE IV

## CAUSES DES ANOMALIES DE LA PNEUMONIE GRIPPALE.— ASSOCIATIONS MICROBIENNES. — SÉRUM DE MARMOREK

Nous avons, dans le chapitre précédent, essayé d'établir un diagnostic différentiel entre les deux variétés de pneumonie au début. Nous avons tâché de nous baser sur les symptômes les plus apparents et de donner les différences que ces mêmes symptômes présentent dans les deux cas.

L'idée générale qui se dégage de cette exposition est, tout d'abord, que le diagnostic est des plus difficiles. Les symptômes varient d'intensité pour la même maladie, chez des malades différents.

D'autre part, la pneumonie grippale semble surtout se distinguer de sa congénère, la pneumonie franche, par la façon insidieuse dont elle se développe. Elle envahit l'organisme très profondément, le frappe à la façon des grandes infections, peut donner le change au médecin et lui mettre sous les yeux, à la place du tableau classique, un état extérieur qui fait plutôt penser à une fièvre typhoïde, à la malaria, aux grandes pyrexies, qu'à une pneumonie.

D'où provient cette malignité particulière de la maladie ? Pourquoi ces signes extérieurs si troublants, d'aspect si grave ?

La lésion pulmonaire de la pneumonie grippale, l'anatomie

pathologique de cette affection pourrait peut-être nous donner la clef de ce problème.

Il y a déjà longtemps, Piorry (1), à la suite de plusieurs autopsies de pneumonie grippale, disait : « La nécropsie démontre, indépendamment des lésions ordinaires de la pneumonite, l'oblitération des bronches par des mucosités, soit claires et spumeuses, soit épaisses et opaques, et dont la forme se moule sur celle des bronches ».

Dans la même année, Nonat (2), dans un travail très complet sur l'épidémie de grippe, signala lui aussi la présence, dans les bronches, de nombreuses fausses membranes, qu'il rapprocha et tenta d'assimiler à celles du croup bronchique, et qu'il considérait comme causées directement par l'influence de la grippe ; il reconnut cependant que, dans beaucoup de cas, ces fausses membranes manquaient complètement.

Magendie confirma ces idées de Nonat, et affirma avec plus de conviction que lui, « qu'il n'avait jamais observé cette espèce particulière d'expectoration dans les pneumonies ordinaires ».

Malheureusement, ces différences dans les lésions ne sont pas constantes et se rencontrent aussi dans les pneumonies franches.

Des cliniciens plus récents que Nonat et Magendie ont démontré que ces moules fibrineux, tout en étant fréquents dans les pneumonies associées à la grippe, ont été rencontrés également dans des cas qui n'avaient rien à voir avec l'influenza.

Menetrier, dans sa thèse, entamant une longue discussion sur la nature de la pneumonie grippale, affirme que les lésions des deux pneumonies sont identiques, et ne peuvent, à l'autopsie, se distinguer les unes des autres.

---

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1837.

(2) *Arch. gén. de méd.*, 1837.

Il crut avoir trouvé une raison de plus d'identification des deux sortes de maladies, dans la présence du pneumocoque, constatée, soit pendant la vie, soit après la mort, dans le mucus bronchique. Voici d'ailleurs sa phrase :

« La présence du parasite de la pneumonie franche, constatée, soit pendant la vie dans les crachats, et aussi dans le sang, soit après la mort, dans les diverses lésions rencontrées à l'autopsie ; son identité prouvée par l'inoculation aux animaux, nous montrent qu'il s'agit là de pneumonies de même espèce que la pneumonie franche ordinaire ».

Mais à l'époque ou écrivait Menetrier, la spécificité microbienne était la doctrine classique. On n'admettait pas, comme aujourd'hui, que le pneumocoque pût faire autre chose qu'une pneumonie, alors qu'aujourd'hui il est reconnu comme l'agent pathogène de méningites, de pleurésies, d'endocardites, etc.

En outre, son pneumocoque n'était pas seul à travailler dans la maladie en question ; le streptocoque est plus fréquent dans la pneumonie grippale que dans les autres pneumonies.

Nous ne voulons pas développer ce point, car nous devancerions le moment où nous devons parler de l'influence de ces associations dans la pneumonie grippale.

De plus, il a voulu confondre les broncho-pneumonies grippales avec les pneumonies, mais ces dernières se distinguent facilement par les lésions nécropsiques seules des broncho-pneumonies.

On a d'ailleurs cherché les raisons de la malignité particulière des pneumonies en période de grippe depuis que ces épidémies sont connues. Nous passerons sous silence toutes les théories appuyées sur des hypothèses toutes gratuites, sur les humeurs, l'influence des saisons, les émanations, etc., etc., pour nous arrêter, en passant, sur celle qui a eu le plus de succès durant longtemps.

Nonat, parlant des rapports de la pneumonie avec la grippe,

dit : « La première question qui s'offre à nous, c'est de savoir si la pneumonie recevait une influence directe de la constitution médicale régnante. Cette question n'est pas douteuse pour nous. En effet, sur trois cents individus qui ont succombé à l'Hôtel-Dieu dans le mois de février, quatre-vingts ont péri victimes de la peumonie. Cette affection est commune, il est vrai, pendant les mois froids et humides ; mais on voit des hivers plus rigoureux que l'hiver dernier ne donner à la pneumonie, ni la même fréquence, ni la même gravité... »

Mais cette phrase contient une simple constatation sans aucun essai d'explication autre que la constitution médicale.

Hourmann (1) trouve, au contraire, que la constitution médicale qui a développé la grippe pourrait avoir accru seulement le nombre des maladies habituellement observées dans les saisons.

Plus près de nous en 1874 (2), M. Bonnemaison, observant, à Toulouse, une épidémie de grippe, au cours de laquelle il vit toutes les maladies concomitantes partager le degré de gravité de la grippe, s'efforça de rattacher toutes les affections à une cause générale : la constitution médicale ; il va même plus loin et conclut, fait remarquable pour l'époque, qu'un poison, unique cause de la septicémie, a produit des maladies diverses suivant la variété des tissus et des organes attaqués, ainsi que des conditions physiologiques des organismes atteints.

Cette opinion, bien rapprochée, croyons-nous, d'une explication basée sur les données les plus récentes de la pathologie, est cependant combattue par d'autres auteurs, qui pensent que la pneumonie est une simple manifestation pulmonaire de la grippe. C'est l'opinion du professeur Lombard (de Louvain) et

---

(1) *Arch. gén., de méd.* 1837.

(2) *Union méd.*, 1875.

de Malcorps (1), qui dit que ces prétendues complications ne sont que le dernier degré de l'affection grippale.

G. Sée (2), tout en faisant des réserves, pense que la pneumonie grippale est due à un agent autre que le pneumocoque qui produit la pneumonie franche primitive. On ne peut expliquer, dit-il, ces pneumonies que de deux façons : ou bien le microbe de la grippe peut par lui-même produire une pneumonie semblable à celle du microbe elliptique, ou bien il y a pénétration secondaire et adjonction de ce micrococcus à l'agent spécifique de la maladie première.

Cette dernière partie de la phrase, que l'on croirait écrite d'aujourd'hui, tant l'idée qui y est développée est en rapport avec ce que nous savons aujourd'hui des infections mixtes, aurait dû donner la clé du problème, si l'auteur avait pu apporter un seul fait à l'appui de son hypothèse : celui de la constatation de ce micrococcus auquel il fait allusion.

Pourquoi Menetrier, dans sa très remarquable thèse sur la pneumonie grippale, semble-t-il hésiter à admettre cette explication ? Il prétexte que la nature microbienne de la grippe n'est pas encore démontrée :

« En effet, d'une part, l'étude des épidémies antérieures nous montre que lorsque la pneumonie est venue se mêler à la grippe, elle ne survenait pas seulement à titre de complication, mais qu'elle apparaissait aussi primitivement chez d'autres sujets, constituant une épidémie concomitante; et, d'autre part, dans les pneumonies grippales que nous avons observées cette année, nous avons pu démontrer, comme on le verra plus loin, la présence du parasite de la pneumonie franche, rencontré non seulement dans les produits d'expectoration, ce qui pourrait prêter à conteste, mais aussi dans l'hépa-

(1) *La grippe et ses épidémies.* Bruxelles, 1874.

(2) *Mal. spécif. non tuberculeuses du poumon.*

tisation pulmonaire après la mort, ou encore dans le sang du malade pendant la vie. Nous pouvons donc conclure que, dans ce cas, grippe et pneumonie sont bien deux affections distinctes, indépendantes, quoique présentant de grandes affinités l'une avec l'autre. L'une semble prédisposer à l'autre, et toutes deux paraissent favorisées par les mêmes causes.

» Ces causes prédisposantes de la grippe et de la pneumonie, ces causes déterminantes de leur diffusion épidémique, sont encore fort obscures. Elles rentrent dans ce terme vague de constitution médicale, sous lequel les anciens dissimulaient leur ignorance, et qui nous serait encore aujourd'hui fort utile à nous-mêmes ».

Cette profession de foi peu progressiste, n'est pas juste : si l'on se reportait à l'époque où les connaissances bactériologiques étaient nulles ou peu avancées, où l'idée du micro-organisme spécifique florissait, on comprendrait que les explications données de la pneumonie grippale fussent douteuses et ne pussent avoir aucun crédit.

Il n'en est plus de même aujourd'hui. Certes l'idée du microbe spécifique est bien encore vraie, mais elle a perdu beaucoup de son ancienne valeur.

En revanche, une idée nouvelle l'a non pas remplacée, mais est venue expliquer bien des points obscurs de l'histoire des maladies.

Les associations microbiennes sont nombreuses ; elles se rencontrent dans quantité de maladies ; la grippe n'échappe pas à cette loi, et les associations y sont extrêmement fréquentes.

Ces infections secondaires, suivant Spillmann (1), se présenteraient sous deux formes cliniques : la forme générale

(1) Congrès de médecine de Montpellier, 1898.

septicémique ou pyohémique, les formes avec localisations.

C'est dans la seconde de ces formes que pourraient rentrer les pneumonies grippales. Spillmann note, ainsi que nous l'avons déjà fait, la profonde asthénie dans laquelle sont plongés les malades, et l'infection générale peu en rapport avec la détermination pneumonique.

Pour lui, ces broncho-pneumonies et pneumonies seraient dues le plus souvent au pneumocoque et au streptocoque.

Teissier, Poncet, Leyden, Burlureaux, etc., etc., ont constaté aussi la présence de ces infections secondaires chez les grippés.

Widal (1), dans son rapport au Congrès de Montpellier, dit, lui aussi, que l'on trouve dans les organes des grippés le pneumocoque, le pneumo-bacille de Friedlander.

Il rappelle les constatations de Menetrier et son appréciation sur le rôle important du pneumocoque dans la grippe.

Dans un autre ouvrage (2), ce même auteur dit de même, que les associations microbiennes sont fréquentes dans la grippe et que c'est le streptocoque qui domine en général.

Netter (3) pense que le microbe de Pfeiffer, impuissant à produire par lui-même la pneumonie, se trouve répandu dans l'arbre bronchique et prépare le terrain pour le pneumocoque et le streptocoque.

Meunier (4), tout en attribuant au microbe de l'influenza une part active dans le développement des broncho-pneumonies grippales, pense cependant comme Netter que le bacille de la grippe ne fait qu'ouvrir le chemin aux autres microorganismes.

---

(1) *Rapport sur les associations microbiennes.* — Congrès de Montpellier, 1898.

(2) *Traité de méd.*, t. I, p. 813.

(3) *Arch. gén. de méd.*, 1897, p. 299.

(4) Même recueil, p. 129-288.

Donc, d'après tous les auteurs que nous venons de citer, les associations microbiennes sont pour ainsi dire la règle dans la maladie grippale.

Cette association de nouveaux agents à l'agent supposé et presque démontré de la grippe (Pfeiffer) (1), (Teissier) (2), doit évidemment, comme dans les autres maladies, troubler profondément le tableau symptomatique.

Le streptocoque, le pneumocoque et le staphylocoque sont les plus connus, ce sont aussi les plus répandus autour de nous : les pneumonies, les suppurations, les grandes infections générales pendant la grippe, seront le résultat de leur pénétration et de leur développement dans l'organisme.

Mais, comme nous le disions, cette nouvelle infection n'ira pas sans modifier les allures de la maladie primitive. Elle les modifiera, non seulement dans les manifestations les plus superficielles, mais aussi dans leurs conséquences les plus éloignées ; c'est-à dire que pour restreindre à notre sujet ce que nous venons de dire, les phénomènes du début de la pneumonie grippale seront bien différents de ceux de la pneumonie franche. La première se développe sur un terrain déjà infecté par la grippe ; la seconde, au contraire, sur un terrain neuf.

Cette perturbation dans les symptômes sera encore plus considérable, si au microbe de la pneumonie, au pneumocoque, vient s'adjoindre un deuxième agent, le streptocoque ; alors on n'aura pas seulement sous les yeux le tableau d'une

---

(1) Macé, *Traité de microbiologie*, p. 787.

(2) MM. Teissier, Roux et Pittion poursuivent actuellement leurs recherches dans ce sens. Déjà une série d'inoculations intra-veineuses leur ont prouvé qu'en injectant à l'animal le diplobacille excapsulé, on retrouvait un streptocoque dans le sang, et dans les urines le diplobacille. Il semblerait donc que ce diplobacille de la grippe n'est lui-même qu'un streptocoque.

pneumonie grippale, mais encore celui de l'infection streptococcique avec tous ses symptômes.

C'est, croyons-nous, de cette façon qu'il faut expliquer les anomalies observées dans la manifestation pulmonaire de la grippe. Ainsi que l'on peut le comprendre, le diagnostic d'une telle infection mixte peut être difficile au début.

Dans l'observation que nous avons donnée au début de ce travail, nous croyons pouvoir affirmer que ce fait d'association s'est produit.

Pour le démontrer, nous nous appuierons sur trois ordres de preuves : l'évolution thermique de la maladie, les recherches bactériologiques, les résultats thérapeutiques obtenus avec le sérum antistreptococcique.

### 1° Évolution thermique

La fièvre dans la grippe est, on peut le dire, en général, aussi éphémère que la maladie elle-même. Elle manque dans quelques cas exceptionnels; en général, elle oscille entre 38°5-39°5, atteignant brusquement souvent 40° et 41°. Le maximum est obtenu le deuxième jour et la défervescence se fait presque immédiatement, par oscillations descendantes, presque jamais par crises. De plus, elle ne présente pas de grandes chutes du matin au soir.

Si nous essayons d'appliquer cette description à la courbe de notre malade de l'Observation première, nous serons forcés de convenir qu'elle ne concorde pas du tout avec la réalité des faits. On pourrait plutôt prendre, pour décrire cette courbe, le contre-pied des caractères que nous avons tracés.

Cette fièvre a duré du 23 février au 8 mars, soit 13 jours, durée bien longue pour une maladie que l'on a souvent comparée à un feu de paille.

Elle oscille, avons-nous dit, entre 38°5 et 39°5; ici elle a oscillé au-dessus de 40°, atteignant même un jour 41°. Son maximum fut atteint dès le premier jour, et la défervescence a eu lieu en deux fois, par une crise médiocre le 4 mars, par lysis à partir de cette crise jusqu'à la fin.

Ces caractères sont donc, on le voit, opposés à ceux de la fièvre grippale simple.

Mais le point le plus frappant et le plus caractéristique dans cette courbe, c'est que les différences entre les températures du matin et du soir, qui dans la grippe sont minimes, ont été ici très fortes. En effet, il y avait en général, entre la température du soir et celle du matin, une différence de 2° 1/2 à 3 degrés.

Cette courbe peut donc être dite à grandes oscillations ; elle est, en tous points, comparable à celle de la période amphibole de la fièvre typhoïde, à celle de la fièvre intermittente, de la fièvre hectique ou de la septicémie.

Certaines de ces hypothèses (fièvre intermittente, fièvre typhoïde) furent agitées un moment, mais rejetées bientôt après pour des raisons que nous avons données plus haut ; quant à la fièvre hectique, il ne pouvait en être question ; restait la septicémie, et nous croyons que c'est là la raison même de ces grandes oscillations. Dans les infections dues au streptocoque (fièvre puerpérale, érysipèle, phlegmons), on observe ces grandes oscillations de la température.

Nous pouvons donc nous appuyer sur cette forme de courbe pour affirmer l'hypothèse que nous émettions au début, de l'association microbienne strepto-grippale chez notre malade.

### 2° Examens bactériologiques

Cette hypothèse d'une association microbienne dans le cas actuel, pouvait être démontrée par un examen bactériologique.

Un examen du sang a été négatif, mais nous savons que le bacille de Pfeiffer (1) n'y a jamais été rencontré; le streptocoque y a été trouvé dans la grippe, mais il a été aussi trouvé dans le mucus bronchique.

C'est là où on a recherché la nature des bactéries qui pouvaient avoir causé les accidents que l'on avait sous les yeux.

A la date du 2 mars, un examen de crachats a décelé la présence de nombreux pneumocoques et streptocoques. L'association pouvait être, de ce jour, considérée comme démontrée. Il n'y avait même pas besoin de faire intervenir le bacille propre de la grippe, le streptocoque étant, pour beaucoup d'auteurs (Bouchard), le microorganisme de la grippe.

Ces constatations déjà faites par M. Rauzier durant l'épidémie de 1889-1890, dans le service de M. le professeur Grasset (1), prouvent que si la grippe et l'affection pneumococcique sont deux maladies distinctes, leurs agents peuvent cependant se prêter mutuel appui, ou du moins concourir à la réalisation d'un type de maladie tel que celui dont nous avons donné des exemples.

---

(1) Macé, *Traité de microbiologie.*

(1) Grasset. *Leçons sur la grippe de 1889-1890.*

### 3° Résultats thérapeutiques

Cette constatation de la présence dans les crachats de deux espèces bien caractérisées de microorganismes, produisant chacune pour leur compte, une infection particulière, devait amener à appliquer une méthode thérapeutique, dont le succès pourrait prouver le bien-fondé des déductions tirées de ce fait.

M. le professeur Carrieu pensa de suite que, les moyens ordinaires employés contre l'infection étant inefficaces, il y avait lieu d'appliquer à ce cas difficile la sérothérapie anti-streptococcique.

C'est ce qui fut fait de suite le 2 mars. On injecta 15 centimètres cubes de sérum de Marmorek.

L'effet fut peu sensible : la température n'était, le lendemain, descendue que de 0°6, de 40°2 à 39°6. Le lendemain 3 mars, on refit une nouvelle injection, plus abondante cette fois ; on injecta 20 centimètres cubes.

L'effet fut rapide et réel : le lendemain matin, la température était descendue à 37°7, on avait obtenu une chute de presque 2°.

Par précaution, une troisième injection de 20 c. c. fut poussée ce jour-là et une autre le surlendemain 6 mars.

La température ne se relevait plus au-delà de 38° et tombait dans les environs de 37° dès le lendemain.

C'est là un succès et une preuve. Un succès, car les autres moyens employés (quinine, antipyrine, bains refroidis) avaient échoué.

C'est aussi une preuve de ce que nous avions cru pouvoir affirmer de par l'examen de la courbe et les recherches bactériologiques, que l'infection était double, qu'il y avait non pas

seulement grippe, mais infection streptococcique et pneumococcique.

Nous pouvons donc conclure de cette longue discussion que dans les pneumonies dites grippales, il n'y a pas seulement pneumonie, mais infection secondaire grippale ou streptococcique.

C'est à cette cause et non à des causes plus ou moins hypothétiques, ou en tout cas mal déterminées, comme la constitution médicale, le génie épidémique, que sont dues les anomalies si grandes de cette pneumonie et la difficulté de son diagnostic.

Une conclusion se tire de ces faits, c'est que, en présence de cas de ce genre, les recherches bactériologiques doivent venir éclairer la simple observation clinique.

# CHAPITRE V

## THÉRAPEUTIQUE

Bien que notre travail n'ait pas pour but immédiat le traitement de la pneumonie grippale, nous ne saurions le passer complètement sous silence.

D'après ce que nous venons de dire dans le chapitre précédent, on a vu que le sérum antistreptococcique de Marmorek avait été d'une efficacité incontestable pour atténuer les effets de l'infection streptococcique constatée par l'examen des crachats.

Tous les cas ne se ressemblent pas, peut-être y a-t-il des pneumonies grippales dans lesquelles c'est plutôt le staphylocoque qui est l'agent infectieux secondaire.

Nous ne pouvons pas nous livrer à une discussion complète de la valeur du sérum de Marmorek, qui aujourd'hui est bien plus actif que lors des premières discussions auxquelles il a donné lieu et qui, de plus, est polystreptococcique et possède ainsi une efficacité bien plus étendue.

Mais pour les cas dans lesquels on aura constaté la présence, soit dans le sang, soit même dans les crachats, de nombreux streptocoques, l'indication sera ferme d'employer le sérum de Marmorek.

Les injections se feront comme pour le sérum anti-diphtéritique de Roux. La seringue qui sert pour ce dernier peut servir pour le cas qui nous occupe.

Il est inutile de répéter ici les précautions d'antisepsie des instruments, de la peau, et le mode opératoire de ces injections, aujourd'hui connus même du public.

La dose à injecter sera de 20 cent. cubes au moins chaque jour, pour un adulte vigoureux. Cela n'empêchera nullement d'instituer à côté la médication indiquée par les autres symptômes de la maladie, contre lesquels on dirigera les moyens thérapeutiques habituels.

## CONCLUSIONS

I. En période grippale, la pneumonie peut revêtir des allures anormales, qui lui ont fait donner le nom de pneumonie grippale.

II. Le début de ces pneumonies est souvent si anormal, que le diagnostic est difficile. Dans ces cas on se basera sur les anomalies du frisson, du point de côté et surtout sur l'état d'affaissement général.

III. La raison de ces anomalies, doit être cherchée dans les associations microbiennes, fréquentes dans la grippe; certains de ces microbes peuvent faire de l'infection générale.

IV. Dans le cas où le streptocoque est l'agent associé, on devra employer le sérum de Marmorek.

---

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 18 mai 1898.
Le Recteur,
Gaston BIZOS.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 mai 1898.
Le Doyen,
L. VIALLETON.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*